



**WELL CHILD EXAM - LATE  
CHILDHOOD: 5 YEARS**  
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ໄວດັກບັນຫາຍາ: 5 ປີ

ເປົ້າ ການ ສະ ລະ ກຳ ເປົ້າ ຜູ້ ປະກອບ ຮວບ ກຳ	ຊື່ດັກ	ນໍາເຂົາມາໄດຍ	ວັນເກີດ				
	ອາການພິດ		ປາທີ່ໃຊ້ບຸ້ໃນປະຈຸບັນ				
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດບັນຫາ/ສຶກສັງວິນ ນັບແຕ່ມາເຖີ່ມສຸດທ້າຍ			ມີນີ້ຂ້າພະເຈົ້າມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບເຮືອງ:			
	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ດັກຂອງຂ້ອບກິນອາຫານຫລາຍຢ່າງ. ດັກຂອງຂ້ອບສາມາດຫລັ້ນຂອງເຮືອນນັບຍ.				
	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ດັກຂອງຂ້ອບຈີ່ຕົວໜ້າສື່ວນຫລາຍ ແລະ ສາມາດຂຽນບາງໄຕ.				
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE		HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE	Diet _____			
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Elimination _____					
Screening:		MHZ	R	L			
Hearing Screen		4000	_____	_____			
		2000	_____	_____			
		1000	_____	_____			
		500	_____	_____			
Vision		R 20/	_____	L 20/ _____			
		N A					
Development		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Behavior		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Social/Emotional		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Mental Health		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Physical:		N	A	N	A		
General appearance		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	
Skin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	
Head		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	
Eyes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	
Ears		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	
Nose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	
Oropharynx/Teeth		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	
Neck		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	
Nodes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	
Describe abnormal findings and comments:     							
IMMUNIZATIONS GIVEN							
REFERRALS							
NEXT VISIT: 6 YEARS OF AGE				HEALTH PROVIDER NAME			
HEALTH PROVIDER SIGNATURE				HEALTH PROVIDER ADDRESS			

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Late Childhood (5 years)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

### **Hemoglobin/Hematocrit (Hgb/Hct) Screen**

- Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of hematocrit tests.

### **Tuberculosis Screen**

Use clinical judgement. Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- Close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

### **Developmental Milestones**

Always ask about and followup on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire or the Denver II.

Yes      No

Dresses without supervision.

Copies a cross.

Draws a person -- 3 parts.

Puts object "on," "under" "in front of," and "behind" when asked.

Skips and walks on tip toe.

Catches a bounced ball.

Names 4 colors.

Avoids eye contact.

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any items, or even one of the underlined items, or if you have checked the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



## ການກວດດັກໃຫ້ມີສຸຂພາບດີ - ໄວດັກບັນທ້າຍ: 5 ປີ

WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 5 YEARS  
(ຮັດຕາມຄໍາຊັ້ນນຳ EPSDT)

ວັນທີ

ໄວດັກບັນທ້າຍ: 5 ປີ

ຜ່ານ  
ແລະ  
ເປັນຜູ້ປະກອບງວບຕົງ

ຊື່ດັກ	ນຳເຈົ້າມາໄດຍ	ວັນເກີດ
ອາການພິດ	ປາທີເຊື້ອບູ້ໃນປະຈຸບັນ	
ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດບັນຫາ/ສຶກສັງວິນ ນັບແຕ່ມາເຖີ່ມສຸດທ້າຍ	ມີນີ້ຂ້າພະເຈົ້າມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບເຮືອງ:	
ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອບກິນອາຫານຫລາຍຢ່າງ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອບສາມາດຫັ້ນຂອງເຮືອນນັບຍ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອບສະແດງໃຫ້ເຫັນຄວາມສາມາດເວົ້າໃຈຄວາມຮັສສິກຂອງຜູ້ອື່ນ.	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີຄວາມມ່ວນເຊື່ອໃນເຮັດວຽກ/ຕຽມໄຮງຮຽນ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອບຈີ່ຕົວໜັງສີສ່ວນຫລາຍ ແລະ ສາມາດຂຽນບາງໄຕ.	
ນ້ຳໜັກ KG./OZ. ຕໍ່ຮັບຍ	ສົງ CM/IN. ຕໍ່ຮັບຍ	ຄວາມດັນເລືອດ
<input type="checkbox"/> ການທົບທວນເບິ່ງລະບົບ <input type="checkbox"/> ການທົບທວນເບິ່ງປະວັດຄອບຄົວ		ອາຫານ _____
ການກວດ: ການກວດຫຼູ	MHZ 4000 _____ 2000 _____ 1000 _____ 500 _____	R _____ L _____
ການກວດຕາ	R 20/ _____ L 20/ _____	
ການຕັບໃຕ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ການປະົດ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ສັງຄົມ/ອາຄົມ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ສຸຂພາບຈິດ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຮ່າງກາຍ:	ປົກກະຕິ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຫຼັກກະຕິ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ປົກກະຕິ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຫຼັກກະຕິ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຫຼສນະທົ່ວໄປ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຜົຍໜັງ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຫົວ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຕາ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ໝາ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ດັງ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ປາກຄໍແຮ້ວ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຄົ້ມ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຂອດໃນ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ອະທິບາຍສຶກທີ່ມີບ່ອນປົກກະຕິ ແລະ ຄວາມເຫັນຕ່າງໆ:		
ມາພົບເຖື່ອໜ້າ: ອາຍຸ 6 ປີ		ຊື່ຜູ້ປິ່ນປົວສຸຂພາບ
ລາຍເຊັນຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວສຸຂພາບ		ບ່ອນຢູ່ຜູ້ປິ່ນປົວສຸພາບ

## ສຸຂພາບດັກຂອງທ່ານເມື່ອໄດ້ 5 ປີ

### ປາກົດການຊື່ວິດ

ວິທີການຕັບໃຫຍ່ດັກຂອງທ່ານລະຫວ່າງອາຍ 5 ແລະ 6 ປີ.

ຮັບຜິດຊອບສໍາລັບເຮື່ອງຫ້ອງນອນຂອງລາວ (ຊາຍ), ຈັດໄຕະ, ຊ່ວຍຮັດອາຫານ.

ຮຽນລ້າງໂຕເອງໃນອ່າງ ຫລື ບົວອາບນ້ຳ.

ເລີ່ມຮຽນຮູ້ວິທີຂອງກິລາ ແລະ ກິດຮະບຽບຂອງເຖິງ.

ມັດສາບເກີບຂອງລາວ (ຊາຍ).

ຮຽນລອຍນ້ຳ.

ທ່ານຊ່ວຍດັກຂອງທ່ານຮຽນຮູ້ວິຊາໃໝ່ໄດ້ຢາກເວົ້າ ແລະ ຫລື້ນນຳລາວ (ຍິງ).

ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫລື ຂໍ້ມູນເຜີ່ມເຕີມ

ຄວາມຊໍານານການເປັນຝໍ່ແມ່, ວິໄນ, ຫລື ສົມບສູນ ໃນຍານວິກິດ:

ສາຍການຊ່ວຍເຫຼືອຄອບຄົວ,  
1-800-932-HOPE (4673);  
ແຫລ່ງຊ່ວຍເຫຼືອຄອບຄົວຕ່າງໆ,  
1-888-746-9568;

ຫ້ອງຮຽນທານວິທະບາໄລຫ້ອງທຶນ

ບ່ອນລັງງຽດເດັກອາຍ-ໄຣງຣຽນ: ແຫລ່ງລັງງຽດ ແລະ ການສົ່ງຕໍ່ຮັດວິຊີງຕົ້ນ, 1-800-446-1114

ການທາຮຸນທາງເຜດແດກ, ການທາຮຸນຮ່າງກາຍ,

ຂໍ້ມູນ ແລະ ສົມບສູນ:

ສາຍດ່ວນທາງຄອບຄົວ, 1-800-932-HOPE (4673)

### ຄໍາແນະນຳດ້ານສຸຂພາບ

ສືບຕໍ່ເອົາດັກຂອງທ່ານໄປກວດນຳທ່ານໜີ ຫລື ພະຍາບານທຸກປີ. ຫລັງຈາກໄດ້ຮັບການສັກປາກັນ ຫລື ເວົ້າໄຣງຣຽນແລ້ວລາວ (ຍິງ) ອາດຈະບໍ່ຕ້ອງການອີກຈິນຮອດອາຍ 11-12 ປີ.

ສົງເສີມໃຫ້ດັກຂອງທ່ານຮຽນຖຸແຂ້ວຂອງລາວທຸກມື້ດ້ວຍປາຖຸຟັນ ທາດຝູ້ໃໝ່ໃຈໍາວົນເທົ່ານາດຖືວະ. ລາວ (ຊາຍ) ອາດຍັງຕ້ອງການທ່ານຢູ່ເພື່ອໃຫ້ຊ່ວຍຜັດແຂ້ວຫັງໝົດຂອງລາວ (ຊາຍ)ໃຫ້ດີ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໄດ້ເອົາລາວ (ຊາຍ) ໄປກວດແຂ້ວປ່າງນ້ອຍນຶ່ງເທື່ອຕໍ່ປີ.

### ຄໍາແນະນຳການເປັນຝໍ່ແມ່

ກິນນຳກັນໃຫ້ເລື້ອຍໆເທົ່າທີ່ຈະເລື້ອຍໄດ້ ເພື່ອໃຫ້ຮູ້ສຶກຕິດັນກັບລູກຂອງທ່ານ. ພະຍານາມມອດໄທຮະຫັດ, ປິດສາບໄທຮະສັບ, ແລະ ມ່ວນຊື່ນນຳກັນ.

ໃຫ້ຝັງເວລາດັກຂອງທ່ານເວົ້ານຳທ່ານ. ເບີ່ງລາວ (ຊາຍ) ແລະ ຕັ້ງໃຈສີ. ຈາກນັ້ນກໍຕອບ ຫລື ຖານກ່ຽວກັບຜົນວິດຂອງລາວ (ຊາຍ). ບອກໃຫ້ລາວ (ຊາຍ) ຮູ່ວ່າສື່ງທີ່ລາວ (ຊາຍ) ຄືດ ແລະ ເວົ້ານັ້ນແນ່ນສຳຄັນສໍາລັບທ່ານ.

ເວົ້າກັບດັກຂອງທ່ານກ່ຽວກັບວິທີຫລິກເວັ້ນການທາຮຸນທາງແడ. ສອນລາວ (ຍິງ) ກ່ຽວສື່ງສ່ວນຕົວ ແລະ ວ່າການຈັບບາງປ່າງບໍ່ຖືກຕ້ອງ. ລາວ (ຍິງ) ຄວນວ່າ "ບໍ່" ແລະ ບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ ຖ້າຜູ້ໃດຜູ້ນີ້ພະຍານາມທໍາຮ້າຍລາວ (ຍິງ).

ຈໍາກັດເວລາ ໄທຮະຫັດ ຫລື ຄອມພິວເຕີ ເພື່ອໃຫ້ດັກຂອງທ່ານກົມືເວລາສໍາລັບເປັນ ແລະ ຫລື້ນຢ່າງຈົງຈັງດີກັນ. ອ່ານເປັນນິທານນຳລາວ (ຍິງ) ທຸກມື້. ພາລາວ (ຊາຍ) ອອກໄປຫັ້ນນອກເລື້ອຍໆ.

### ຄໍາແນະນຳດ້ານຄວາມປອດໄພ

ດັກຂອງທ່ານຄວນໃສ່ເສື້ອງຊູບສະເໝີເວລາຢູ່ນຳນ້ຳ, ເຖິງແນ່ນວ່າຫລັງຈາກລາວ (ຍິງ) ໄດ້ຮຽນລອບມັນແລ້ວກໍຕາມ.

ໃຫ້ຄູແລດັກຂອງທ່ານປ່າງໃກ້ສຶກເວລາລາວ (ຊາຍ) ຢູ່ກໍຖືນິນ. ດັກງົບງົບບໍ່ທັນຜ້ອມທີ່ຈະຮີດຕິບປ່າງປອດໄພຕາມຖືນິນ ຫລື ຂວານຖືນິນໄດ້ຍື່ນມື້ຜູ້ໃຫຍ່ຈົນກວ່າເວົ້າເຈົ້າຈະນີ້ອາຍຸເຖິງ 9 ປີ ເປັນປ່າງທີ່ນີ້ຍ. ເວົ້າເຈົ້າຍັງບໍ່ທັນໃຫຍ່ຜໍ່ທີ່ຈະປະເພີດປ່າງປອດໄພຕາລອດກັບຮີດຍິນ.

ສອນດັກຂອງທ່ານວ່າປ່າງຈັບປິນເລີຍ. ຖ້າລາວ (ຊາຍ) ພົບເຫັນປິນ, ລາວ (ຊາຍ) ຄວນຂອກຜູ້ໃຫຍ່ທັນທີ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າປິນທຸກບອກປູ້ໃໝ່ເຮືອນຂອງທ່ານບໍ່ມີລູກ ແລະ ລອກໄວແລ້ວ.